

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE
RHUMATISME NOUVEUX
CHEZ LES ENFANTS

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE VENDREDI 29 JUILLET 1892

PAR GASTON CÉRY

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE REIMS

Lauréat de l'Ecole de Médecine (1888-89-90) et de la Société médicale (1890) de Reims

Né à la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne) le 13 février 1868

Examineurs : { MM. SPILLMANN, *Président*.
HECHT, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE. 23 BIS

1892

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE
RHUMATISME NOUVEUX
CHEZ LES ENFANTS

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE VENDREDI 29 JUILLET 1892

PAR GASTON CÉRY

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE REIMS

Lauréat de l'Ecole de Médecine (1888-89-90) et de la Société médicale (1890) de Reims

Né à la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne) le 13 février 1868

Examineurs : { MM. SPILLMANN, *Président*.
HECHT, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE. 23 BIS

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES, O * I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE * I O.

V. PARISOT *, I O HERRGOTT *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques...	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements..	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, A O, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A. O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. VAUTRIN, A O, agrégé ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A. O.	MM. RENÉ, A. O.	MM. SIMON, A O.
GUÉRIN, A O.	NICOLAS, A. O.	REMY.
	VAUTRIN, A O.	P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES GILLEULS ♂, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE, MONSIEUR RABUTOT,

Ancien directeur propriétaire du journal l'*Union Bourguignonne*.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MESSIEURS LES PROFESSEURS POINCARÉ, HECHT

HEYDENREICH, WEISS ET SCHMITT

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS SIMON

PARISOT ET REMY

PRÉFACE

L'étude du rhumatisme noueux, chez l'enfant, n'est pas absolument nouvelle, puisque trois thèses ont suivi la première monographie de Moncorvo, parue en 1878 sur ce sujet. Cependant, on est encore loin de posséder des notions exactes sur cette maladie, si magistralement décrite par Charcot, mais si peu approfondie chez l'enfant.

Le titre de notre thèse indique suffisamment notre intention de faire une étude purement clinique sur le *rhumatisme noueux* de l'enfant (arthrite noueuse ou rhumatisme articulaire progressif).

En prenant comme type, notre observation personnelle, nous aurons principalement en vue, dans la symptomatologie, la description de la *forme chronique d'emblée*, ne réservant que quelques lignes pour les deux autres formes aiguë et subaiguë. On peut trouver aussi, chez l'enfant, le *rhumatisme chronique partiel* ou bien les *nodosités d'Heberden*, mais toujours ces lésions sont greffées sur le rhumatisme noueux, elles ne se présentent jamais, chez lui, à l'état de pureté.

La *pathogénie* de cette affection aurait été intéressante à traiter, mais, ne possédant aucun fait d'anatomie pathologique dans l'enfance, qui nous soit personnel ou étranger, nous ne pourrions nous livrer qu'à des compi-

lations stériles, aussi laisserons-nous de côté ces deux chapitres encore inconnus de pathologie infantile.

Nous verrons enfin que cette affection, sans être toujours incurable comme chez le vieillard, est, en outre, de plus courte durée, tout en restant plus accessible aux divers moyens thérapeutiques que nous énumérerons dans le *traitement*.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier ici tout particulièrement M. le professeur Spillmann, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et M. le docteur Simon, agrégé, qui nous a donné l'idée d'entreprendre ce travail dans sa Clinique des maladies des enfants et dont l'amitié qu'il nous a témoignée, nous a profondément touché.

Que nos maîtres de la Faculté de Nancy, ainsi que ceux de l'Ecole de médecine de Reims, qui dirigèrent nos premiers pas dans nos études médicales, reçoivent ici le témoignage inaltérable de notre reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le docteur Gubian, Inspecteur des eaux thermales de la Motte-les-Bains (Isère), pour les quatre observations que nous devons à sa gracieuse bienveillance ; ainsi que notre ami, M. Etienne, interne des hôpitaux, qui a bien voulu photographier, pour notre thèse, le petit malade de notre observation.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

C'est en 1863, que Cornil (1) a fait part, à la Société de Biologie, du premier cas de rhumatisme noueux connu chez l'enfant. L'année suivante, et devant la même Société, Laborde, en rappelant le cas de Cornil, cite celui d'un garçon de 8 ans, atteint de rhumatisme noueux depuis quatre ans et sur lequel nous n'avons pas d'autres renseignements.

Bouchut (2) parle incidemment d'un cas qu'il aurait observé en ville sans en donner plus de détails. Plus tard (3), dans sa pathologie infantile, il relate l'observation d'une jeune fille malade depuis six mois, qui présentait des déformations rhumathismales aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux doigts, ainsi qu'aux hanches, et dont les genoux étaient tuméfiés, presque ankylosés et douloureux ; le cou était raide ; au bout de quelques mois elle sortit de l'hôpital à peine améliorée.

Charcot, en 1868 (4), dans ses leçons sur le rhumatisme

(1) CORNIL. Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. *Mém. Soc. Biol.*, 1863.

(2) BOUCHUT. *Union Médicale*, 1865.

(3) BOUCHUT. *Traité prat. des maladies des nouveau-nés des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, VI^e édit., p. 956. Paris 1873.

(4) CHARCOT. *Leçons chimiques sur les maladies des vieillards*. Paris, 1868.

nouveaux des vieillards, cite comme rareté « une infirme de la Salpêtrière, qui avait été élevée dans une habitation humide, et qui fut frappée d'un rhumatisme nouveau à l'âge de 10 ans. » Il donne, autre part, le résumé d'une observation recueillie par M. Martel, dans le service du docteur Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie : c'était un garçon de 10 ans, atteint de rhumatisme articulaire chronique, qui fit une péricardite passagère durant une exacerbation de la maladie et présenta plus tard les déformations caractéristiques du rhumatisme nouveau.

Picot (de Genève) (1), dans sa thèse de 1872, en a observé un cas, dans le service du docteur H. Roger, qu'il ne fait que mentionner, à titre de curiosité, chez un enfant de 7 ans.

En janvier 1875, Bouchut écrit à son ancien élève, le docteur Moncorvo : « Je n'ai pas vu souvent le rhumatisme nouveau chez les enfants, mais cette année, j'en ai eu deux cas, dont un chez un enfant de 3 ans. J'en ai peut être vu, en vingt ans, une demi-douzaine ; c'est ce qui fait que je n'en ai pas parlé dans les cinq dernières éditions de mon livre. Dans la sixième j'en fait mention, mais d'une manière très écourtée. »

Le docteur Stoïcesco, en 1876, dans une revue (2), donne un court aperçu du rhumatisme nouveau chez les enfants et le compare à celui du vieillard ou de l'adulte. Il en rapporte trois observations. Dailly, en 1877, relate à la Société de thérapeutique, le cas d'un Ecossais atteint, à 7 ans, de rhumatisme nouveau.

Blache (3) la même année, à propos du cas de Dailly, dans une discussion soulevée à la Société de thérapeutique, donna communication d'un cas de deux ans guéri par le massage, les bains et l'électricité.

C'est alors que Moncorvo (4), professeur de Rio-de-Janerio, fit

(1) PICOT. *Du rhumatisme aigu et de ses manifestations chez l'enfant*. Th. Paris, 1872.

(2) STOICESCO. *Progrès médical*, 1876, n° 26, p. 237.

(3) BALCHE. *Comptes rendus de la Soc. de Thérap. Gazette hebdomadaire*, 1877.

(4) MONCORVO. *Du rhumatisme nouveau des enfants et de son traitement*, 1878. Traduction du portugais par E. Mauriac de Bordeaux, 1880. O. Doin. Paris.

paraître, en 1878, son mémoire sur le rhumatisme nouveau, à la suite d'une observation personnelle d'un cas de cette affection ayant débuté à 2 ans et demi chez une petite fille.

Dès lors la question semble mise à l'ordre du jour et les documents deviennent plus nombreux et plus détaillés.

Citons le cas de Vulpian (1) ; garçon, début de l'affection à 14 ans.

Celui de Potain (1880) (2), chez un garçon (début à 10 ans), intéressant au point de vue des rapports entre l'épilepsie et le rhumatisme.

Lacaze-Doré (3) en 1882, soutient la première thèse sur ce sujet : nous lui emprunterons une observation personnelle et la continuation de celle de Stoïcesco dont il a revu la malade plus tard.

Descroizilles, Sergiu de Bucharest, Henoch de Berlin, et Wagner apportent de nouveaux faits très utiles à notre étude.

En 1889, deuxième thèse de Pelissié (4) sur le rhumatisme nouveau infantile, avec quatre faits nouveaux que nous reproduirons.

L'année suivante, le même sujet est traité, en thèse inaugurale, par le docteur Diamantberger (5), qui donne une étude très complète de la question, et fournit trois observations nouvelles, intéressantes, surtout, au point de vue des troubles ultérieurs incurables que peut amener la maladie dans certains cas.

A ces faits déjà nouveaux nous avons ajouté, pour avoir une idée exacte de la maladie, dans l'enfance, une observation du docteur Perret de Lyon, les trois observations que le docteur Gubian de la Motte-les-Bains nous a communiquées, auxquelles nous joignons un cas personnel de rhumatisme nouveau que nous avons eu la bonne fortune d'étudier dans la Clinique des

(1) VULPIAN, 1879. *Clin. méd.*, hôpital de la Charité.

(2) POTAIN, 1880. Rhumatisme et épilepsie. *Union méd.*, 5 déc.

(3) LACAZE-DORÉ, 1882. *Le rhumatisme nouveau chez les enfants*. Th. Paris.

(4) PÉLISSIÉ. *Rhumatisme chronique progressif chez l'enfant*. Th. Paris. 1889.

(5) DIAMANTBERGER. *Du rhumatisme nouveau chez les enfants*. Th. Paris, 1890.

maladies des enfants de M. le docteur Simon, agrégé, à l'hôpital de Nancy.

Nous avons ensuite parcouru les traités classiques de pathologie infantile : Rillet et Barthez (1) possèdent 14 cas personnels sur lesquels ils ont noté, une fois, la forme noueuse du rhumatisme chronique de l'enfant, les autres formes qu'ils ont observées sont la forme fongueuse : 3 fois ; l'hydarthrose chronique : 1 fois ; et le rhumatisme à forme sèche avec ou sans déformations : 9 fois.

Descroisilles (2), dans son livre des maladies de l'enfance, mentionne un cas de Wagner, dont nous parlerons dans le cours de notre étude, et deux autres de Schmitt.

Lancereaux (3), en nous enseignant des idées nouvelles sur le rhumatisme nouveau au point de vue de l'hérédité et de la pathogénie, nous donne une observation de cette affection.

Baginsky (4) nous a fourni un exemple de complication cardiaque du rhumatisme nouveau, et Weill (5), celui d'une coïncidence d'un arrêt de développement du maxillaire inférieur avec l'arthrite noueuse.

Enfin, nous venons d'apprendre (6) qu'une discussion sur le rhumatisme articulaire chronique vient d'avoir lieu, le 8 Juillet de cette année, sous la présidence de M. Desnos, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (7).

(1) RILLET ET BARTHEZ. *Traité clinique des maladies des enfants*. III^e éd., 1891.

(2) DESCROIZILLES. *Traité élémentaire de Path. et Clin. infantiles*. 1891.

(3) LANCEREAUX. *Leçons de Clinique médicale*, faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hotel-Dieu. Paris, 1892.

(4) BAGINSKY. *Traité des maladies des enfants*, traduit par Louis Guinon. Paris, 1892.

(5) WEILL. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. p. 271. Paris, 1891.

(6) *Semaine médicale*, n° 36. 13 juillet 1892.

(7) Voir aussi Obs. de Raymond, citée dans notre thèse et le *Traité clinique des maladies de l'enfance*, T. II, 1882, de Cadet de Gassicourt.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

I. FRÉQUENCE. — Nos recherches bibliographiques, qui ont porté sur tous les travaux concernant le rhumatisme infantile, publiés depuis le mémoire de Moncorvo jusqu'à nos jours, en France et à l'étranger, nous ont permis de réunir 47 cas, dont nous ne possédons malheureusement que 34 observations, plus ou moins détaillées, ayant pu servir utilement à notre étude.

D'après le petit nombre de nos observations et la longue expérience des maîtres que nous avons consulté dans le chapitre précédent, il nous est permis de conclure que le rhumatisme nouveau est rare dans l'enfance.

II. AGE. — Afin de ne pas dépasser les limites de notre sujet, nous rappellerons ici, la classification des âges de l'enfance que donne Hallé dans le dictionnaire Dechambre.

a) La *première enfance* s'étend de la naissance à sept ans, et se subdivise en trois périodes :

1° De la naissance à 7 mois (première dentition) ;

2° Du 7^e mois à 2 ans ou 28 mois (fin de la première dentition).

3° De la fin de la première dentition à la 7^e année (commencement de la 2^e dentition).

b) La *seconde enfance*, allant de la 2^e dentition (7^e année) à la puberté, soit :

Jusqu'à 11 ou 12 ans pour les filles ;

Jusqu'à 14 à 15 ans pour les garçons.

Nous connaissons l'âge du début de l'affection de nos malades ainsi répartis :

1 ^o Première enfance		2 ^o Seconde enfance	
2 débuts à	2 ans.	4 débuts à	8 ans.
1 —	2 ans et demi.	7 —	10 ans.
2 —	3 ans.	1 —	12 ans.
1 —	3 ans et demi.	2 —	14 ans.
5 —	4 ans.	1 —	15 ans.
1 —	5 ans.	1 —	avant 13 ans.
1 —	6 ans.	3 —	— 11 ans.
4 —	7 ans.	1 —	— 12 ans.
1 —	avant 4 ans.	1 —	— 14 ans.
1 —	— 8 ans et demi.		
1 —	— 7 ans et demi.		

D'où nous pouvons conclure que, à toutes les périodes de l'enfance, le rhumatisme nouveau paraît devoir être aussi fréquent.

III. SEXE. — On a beaucoup insisté, à propos du rhumatisme chronique chez l'adulte, sur l'influence prépondérante du sexe féminin dans l'étiologie de cette maladie que Cruveilhier appelait pour cette raison : « la goutte des femmes. »

Il est évident que les fonctions physiologiques de l'utérus aussi bien que les affections pathologiques dont il est susceptible, diminuent d'autant la résistance organique de la femme adulte et constituent ainsi une cause d'infériorité sur l'homme.

Mais cette influence n'existe pas, dans le terrain où nous nous plaçons, et nous ne comptons pour rien, avec Baginsky, l'influence du sexe sur le développement du rhumatisme nouveau dans l'enfance. C'est aussi l'opinion de Lancereaux pour le rhumatisme chronique de tous les âges en général.

Nos chiffres nous donnent : sur 46 malades, 24 filles et 18 garçons, et 5 dont le sexe n'est pas mentionné dans les observations.

IV. HÉRÉDITÉ. — Un des plus grands facteurs dans l'étiologie du rhumatisme noueux est certainement l'*hérédité*.

Charcot, dans ses leçons cliniques, insiste beaucoup sur la transmission directe du rhumatisme noueux dans les membres d'une même famille ; Trastour et Garrod partagent sa manière de voir.

Dans vingt-deux de nos observations, nous avons relevé la *transmission héréditaire directe*, huit fois, venant des ascendants : père, mère ou grands-parents, et ayant présenté les diverses formes du rhumatisme noueux ; une fois chez une nourrice étrangère à la famille et quatre fois parmi les collatéraux : frères ou cousins. L'hérédité directe, ne doit pas être seule en cause.

Lancereaux, dans ses Leçons de clinique médicale (1), fait remarquer que ce n'est pas simplement dans les faits de transmission directe, mais encore dans la constitution même des parents, qu'il faut chercher les traces de la diathèse. « Ainsi, l'on voit fréquemment des rhumatisants chroniques dont les descendants sont migraineux, hémorroïdaires ou simplement eczémateux, et, inversement des personnes affectées de migraines, de gastralgie, d'acné et de psoriasis, dont les parents sont atteints d'un rhumatisme déformant généralisé. Tel est l'exemple d'une jeune fille de 11 ans, dont le père, sans avoir jamais souffert des articulations, est migraineux, bronchitique, eczémateux, et qui présenta, d'abord, une rétraction tendineuse symétrique de plusieurs doigts, avantageusement combattue par l'iodure de potassium, puis quelques mouvements choréïques, et enfin des *nodosités* et des craquements au niveau de plusieurs articulations. »

Il faut donc se donner la peine de rechercher, dans les antécé-

(1) LANCEREAUX.— 1892. *Leçons de Clinique Médicale* faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1891).

dents, autre chose que l'hérédité directe, il faut y décèler les traces de l'*herpétisme*, la grande maladie générale dont dépend le rhumatisme chronique d'après Lanceraux.

Dans ces conditions, il ne nous est plus permis de conclure d'après la statistique, devenue trop incomplète, des vingt-deux cas que nous annonçons plus haut, et dont huit portent la mention : « antécédents héréditaires nuls », puisque tous les auteurs, sauf Diamantberger et nous, n'ont fait porter leurs investigations que sur l'existence ou l'absence de la transmission directe : négligeant ainsi la question si importante de la tare herpétique posée par Lanceraux. (1)

Indépendamment de l'influence de l'hérédité, il est presque de règle de rencontrer, chez les enfants atteints, un terrain préparé de longue main par le lymphatisme, la scrofule et aussi les maladies accidentelles, (rougeole, scarlatine, etc.).

Nous signalerons, pour terminer, les mauvais effets de *l'allaitement des enfants au biberon* ou le choix de nourrices mal portantes.

Il est inutile de faire remarquer que presque toujours nous avons affaire, dans les hôpitaux surtout, à des enfants profondément débilités par la misère physiologique, et qu'il est rare de rencontrer le rhumatisme nouveau chez les enfants des classes riches.

V. CLIMATOLOGIE. — Faut-il attacher une grande importance à l'action de l'*humidité*, et en particulier du *froid humide et prolongé*, comme insiste Mathieu, dans l'éclosion de la maladie ?

Moncorvo explique ainsi la fréquence du rhumatisme chronique dans la population de Rio-de-Janerio, qu'il attribue à l'état d'humidité permanente de certains quartiers où l'écoulement des eaux pluviales est insuffisant.

Si nous avons trouvé l'origine *a frigore* dans l'histoire de

(1) Lire à cet effet les antécédents héréditaires de Gabrielle L..., 14 ans ; et ceux de Julie Riter, 17 ans. Diamantberger, Th. Paris 1890. Voir à la fin, obs. XXVI et XXVII et les commémoratifs de notre observation personnelle.

certaines de nos malades, souvent nous avons eu affaire alors à des cas de rhumatisme noueux à début aigu ou subaigu.

D'autre part, nous citerons deux faits instructifs, que Lacaze Doré nous dit tenir de la bouche même des observateurs : « M. Bouchard a vu une dame atteinte de rhumatisme noueux traitée avec insuccès à Paris, passer en Angleterre où sa maladie a guéri spontanément, malgré le climat humide et froid.

M. Rendu a donné, plusieurs années de suite, des soins à une dame âgée d'une soixantaine d'années. Cette dame présentait, à un degré très prononcé, les déformations du rhumatisme noueux.

A la suite de l'hiver de 1879, pendant lequel le froid a été si rigoureux, cette dame a guéri et cela sans l'emploi d'aucune médication. »

Donc, nous garderons une extrême réserve sur l'influence que peut exercer l'humidité dans le rhumatisme noueux des enfants.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Afin de préciser la forme particulière de rhumatisme nouveau que nous nous sommes proposé d'étudier, nous avons placé en tête de ce chapitre l'observation qui a servi de point de départ à notre étude.

Observation I (personnelle).

*Rhumatisme nouveau généralisé chez un enfant de 9 ans,
ayant débuté à l'âge de 3 ans.*

Le nommé Lucien G, né à Nomeny (Meurthe-et-Moselle), âgé de 8 ans, entre à la clinique des maladies des enfants, service de M. le docteur Simon, agrégé, à l'hôpital de Nancy, le 15 février 1892.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 43 ans, exerce la profession de douanier. Il a eu des douleurs rhumatismales à l'âge de 20 ans, pendant son service militaire, et garda le lit, six semaines environ, pendant lesquelles il ne pouvait faire de mouvements sans souffrir.

Il fut ensuite envoyé à Amélie-les-Bains où il resta deux mois.

Depuis qu'il est marié, il est sujet aux migraines et aux coryzas, il nous dit aussi que l'épiderme de ses mains s'exfolie continuellement et qu'il a souvent des démangeaisons prurigineuses par tout le corps, sans aucune trace d'éruption.

Calvitie socratique. Pas d'athérome artériel, pas de syphilis ni d'alcoolisme. En résumé, nous relevons chez lui beaucoup des stigmates de l'arthritisme. A part sa maladie rhumatismale, il a toujours été et est encore robuste.

Mère âgée de 38 ans ; a eu la rougeole à 8 ans ; réglée à 15 ans ; chloro-anémique à 18 ans, tandis qu'elle était en condition. S'est toujours bien portée dans la suite. Elle est actuellement d'une bonne constitution. N'a jamais fait de fausses couches ; elle a eu 5 enfants.

Les grands parents paternels ou maternels, sont tous morts de maladies aiguës accidentelles, entre 50 et 66 ans ; jamais ils n'ont présenté de rhumatismes.

Les oncles et tantes paternels ou maternels sont bien portants.

Une sœur aînée de 14 ans : lymphatique ; bonne santé.

Une sœur de 12 ans : nombreux ganglions cervicaux tuméfiés, dont quelques-uns ont suppuré.

Un frère de 6 ans bien portant.

Un frère de 4 ans bien portant.

Toute la famille habite une maison non humide et le petit G..., couche au premier étage.

Antécédents personnels. — G..., est né à terme, il a été élevé au sein et a commencé à marcher à 13 mois. Il a toujours eu une bonne santé jusqu'à l'âge de 3 ans. Nous n'avons relevé, chez lui, aucune trace ancienne de scrofule.

A cette époque il dépérit un peu, il est souvent pris de fortes transpirations et est obligé de s'aliter ; un médecin consulté donne de l'huile de foie de morue et de la glycérine. Il aurait eu aussi plusieurs poussées d'urticaire.

A 3 ans et demi, apparaît pour la première fois un gonflement du cou-de-pied droit sans rougeur ni élévation de la température locale, mais accompagné d'une douleur sourde. Le cou-de-pied gauche se prend à son tour ; la marche est par suite rendue difficile : l'enfant boîte.

A 5 ans, les genoux sont envahis par la déformation.

A 5 ans et demi, l'enfant malmené par un gros chien de garde a été vivement impressionné de l'accident. Six jours après, la maladie s'est généralisée dans toutes les jointures respectées jusqu'ici ; elles atteignent un volume approchant du double de l'état normal ; l'enfant est obligé de garder le lit : chaque mouvement lui arrache des cris de douleur.

A 6 ans, il contracte une rougeole après la guérison de laquelle

il peut retourner à l'école ; mais les déformations des articulations, tout en étant réduites de proportions, subsistent toujours.

De temps à autre, il est pris de torticolis passager, pendant lequel les vertèbres cervicales sont tuméfiées ; ou bien de surdité de courte durée ; ou bien encore il lui arrive de ne plus pouvoir desserrer les dents.

En décembre 1891, nouvelle poussée subaigue : la hanche droite devient subitement raide, de nouveau il est « cloué », dans son lit.

Il entre une première fois à l'hôpital, le 31 mars 1891, d'où il sort amélioré en septembre 1891.

Il retombe malade vers la fin d'octobre 1891, et entre de nouveau en février 1892, époque où nous l'avons observé.

État actuel. — Le malade se présente à notre observation avec un état général de santé médiocre ; anémié, la face pâle et bouffie, une atrophie notable du système musculaire faisant contraste avec le gonflement des articulations.

Les facultés intellectuelles sont bien développées ; il a bonne mémoire et s'exprime facilement.

Le crâne est bien conformé, la voûte palatine est normale.

MEMBRES SUPÉRIEURS :

Articulations scapulo-humérales. — La rotation des épaules est limitée en arrière ; pas de gonflement. L'extension des *coudes* s'arrête à un angle très obtus ; pas de gonflement articulaire.

Poignet droit. — Augmentation de volume des extrémités osseuses ; légère saillie en dos d'âne de la face dorsale, mouvements de pronation et de supination impossibles ; l'ankylose est complète. Flexion limitée au quart. L'axe de la main est dans la continuation de celui de l'avant bras ; aucun mouvement ne l'en peut dévier. Pas de craquements.

Main droite. — Les têtes osseuses des articulations phalangophalangiennes sont légèrement hypertrophiées.

Les articulations phalangino-phalangetiennes des quatre derniers doigts légèrement hypertrophiées ; la phalangette est en demi flexion sur la phalangine d'une façon très prononcée surtout au médus ; elle se termine en s'amincissant à son extrémité.

L'axe des phalangettes des deux doigts est légèrement déjeté en dedans, vers l'axe de la main passant par le médus.

Pas de troubles de nutrition des ongles.
Craquements dans les mouvements imprimés.

Articulations phalango-phalangiennes des quatre derniers doigts. — Extension presque en ligne droite de la phalange sur la phalangine et dépassant même cette limite pour l'index. Ces articulations sont noueuses, mais l'hypertrophie osseuse porte principalement sur la tête de la première phalange et dans le sens transversal de celle-ci ; ses condyles font une saillie marquée à la face dorsale des doigts. Craquements dans les mouvements communiqués.

Articulations métacarpo-phalangiennes. — Rien de particulier ; on ne peut dire si les muscles interosseux du métacarpe sont atrophiés, à cause du tissu cellulo-adipeux qui les recouvre en assez grande abondance.

En rapprochant ces détails de description de la main on obtient le type de déformation suivant : flexion à angle obtus de la phalangette sur la phalangine. Situation sur un même axe de la phalangine et de la phalange.

Légère flexion des phalanges sur les têtes des métarapiens. Légère saillie en dos d'âne du poignet (face dorsale) situé lui-même sur le prolongement de l'axe de l'avant bras.

La première phalange des quatre derniers doigts est, avons-nous dit, fléchie, la seconde étendue, la troisième fléchie, de telle sorte que les extrémités correspondantes de la phalange et de la phalangine forment une notable saillie vers la face palmaire, tandis que les extrémités adjacentes de la phalangine et de la phalangette forme une saillie dorsale.

En regardant un doigt de profil, il est facile de se rendre compte de la forme en S que reproduit très bien la face palmaire de celui-ci. (Voir la planche ci-après.)

L'aspect renflé de la première articulation des doigts contraste avec leur extrémité effilée et leur donne une forme en fuseau.

Les téguments de la main sont décolorés ; des veines bleuâtres sillonnent la face dorsale du poignet.

Les mouvements de préhension de la main sont incomplets, la pulpe des doigts ne peut toucher la paume de la main.

La flexion de la première avec la deuxième et de la deuxième



avec la troisième phalange est limitée au quart ; seul le pouce est libre et peut faire opposition aux autres doigts.

Veut-on provoquer une flexion exagérée des doigts : les tendons des extenseurs se roidissent comme des cordes rigides.

Pas de douleur à la pression de toutes ces petites articulations. On perçoit seulement quelques craquements, surtout en faisant mouvoir celles de la première et de la deuxième phalange.

Main gauche : les mêmes déformations se trouvent reproduites sur toutes les articulations de la main gauche. L'extension du poignet gauche est encore plus limitée qu'à droite.

Colonne vertébrale : torticollis gauche ; le sterno-mastoïdien gauche est tendu et rigide ; la tête est inclinée à gauche. Les mouvements de « tête droite » et « tête gauche » entraînent des mouvements simultanés de la partie supérieure du thorax. Les premières vertèbres cervicales semblent ne plus constituer qu'une masse unique ; la fossette sous-occipitale n'existe plus.

Rigidité de la colonne dorsale et lombaire.

Ensellure lombaire très prononcée.

Bassin : l'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus élevée au-dessus de l'horizon que l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ; le plan horizontal du bassin est par suite incliné de droite à gauche et de haut en bas.

Saillie latérale exagérée du grand trochanter droit ; la flexion, l'extension et la rotation de la hanche sont très limitées, non douloureuses, non accompagnées de craquements, mais ces mouvements entraînent, avec eux, le bassin. La percussion de la plante du pied, dans le but de frapper le condyle fémoral contre la cavité cotyloïde, ne détermine pas de douleur.

L'attitude du membre inférieur droit est celle de la coxalgie. Atrophie musculaire.

Articulation des genoux : hypertrophie des condyles et surtout des condyles internes. Réflexe rotulien exagéré.

Articulations tibio-tarsiennes : légèrement augmentées de volume et recouvertes par des téguments pâles, sillonnés de veinules bleuâtres. Quelques craquements. Pas de phénomène du pied.

Rien aux orteils.

Aucune trace de rachitisme sur le squelette osseux : ni chapelet sternal, ni lordose, ni courbure exagérée des os longs, etc.

Le malade marche difficilement, à l'aide de béquilles ; il ne reste que quelques minutes debout et sans appui : dans cette position, il incline le thorax en avant, reporte le poids du corps sur la jambe gauche, et s'il veut marcher c'est en sautant, appuyé très faiblement sur la jambe droite, l'autre seule étant lancée en avant.

Rien de particulier au cœur ni aux poumons. La température est normale. Les fonctions digestives bonnes. Les urines ne présentent rien d'anormal.

En analysant les symptômes du début de la maladie de G. . . . , sa marche et les lésions caractéristiques auxquelles elle aboutit, il est facile de reconnaître que nous avons affaire à un cas de *rhumatisme nouveau chronique d'emblée* : c'est cette forme que nous allons décrire en ne parlant qu'incidemment de deux autres à *début aigu* ou *subaigu* que nous avons relevées dans le reste de nos observations.

I. PÉRIODE DE DÉBUT. — 1° *Forme chronique d'emblée.* — Les parents d'un enfant s'aperçoivent, un jour, par hasard, que ses doigts n'ont plus leur aspect normal ni leur souplesse d'autrefois ; ils consultent un médecin qui reconnaît à leur forme particulière les déformations naissantes du rhumatisme nouveau. Ou bien c'est le médecin qui, consulté par les parents, pour une affection étrangère et de moindre importance, s'aperçoit, le premier, du trouble de nutrition qui envahit les articulations.

Tels sont, en général, les prodromes de la forme que nous étudions, c'est-à-dire qu'ils passent inaperçus pendant de longs mois tout en évoluant sourdement et d'une façon progressive et sûre. (Voir Obs. XXVI, XXIII, etc....)

Pendant ce temps, l'état général s'est profondément modifié : le petit malade perd des forces et maigrit rapidement ; quelquefois un symptôme banal peut survenir auquel on n'attachera tout d'abord qu'une médiocre importance, mais qui, plus tard, lorsque la lésion sera constituée, et le diagnostic établi, servira à fixer une date approximative au début de la maladie.

C'est ainsi qu'une légère difficulté de l'extension des doigts, puis une difficulté complète au bout de 18 mois, fit croire à l'existence d'une affection des centres médullaires, alors que, 2 ans plus tard, apparurent des nodosités articulaires qui n'offraient plus aucun doute sur la nature de la maladie (voir obs. XVIII).

2° *Forme aiguë*. — Dans ce que nous appelons la *forme à début aigu*, ou que Besnier nomme mieux *forme rapide*, subitement, sans cause appréciable, ou pour un motif passé inaperçu, le petit malade ressent une douleur intense, insupportable au niveau de quelques jointures, ou d'une seule, comme le pouce par exemple ; cette douleur est fixe, a peu de tendance au déplacement et se distingue facilement de la douleur du rhumatisme aigu qui est *essentiellement erratique*.

Les autres symptômes sont analogues à ceux du rhumatisme aigu : la fièvre s'allume, quelquefois même s'accompagne de délire ; le tissu cellulaire péri-articulaire s'œdématie, la peau est tendue, elle devient rouge ou seulement rosée suivant l'intensité de la lésion. Simultanément il peut naître de la contraction des membres qui prennent alors l'attitude de la flexion permanente. Les mouvements sont douloureux et les articulations atteintes ne peuvent supporter la moindre pression.

Observation II (résumée).

(de M. DALLY. — *Journal de thérapeutique*, n° 14, 26 juillet 1887.)

F..., âgé de 16 ans, natif du Canada. Mère morte phthisique ; grand-père paternel centenaire a été affecté de rhumatisme articulaire. Trois mois après une laryngite striduleuse, F... est pris, à l'âge de sept ans, d'une douleur violente au pouce droit, avec irradiations dans les articulations des pieds et des mains. Fièvre et délire dans la nuit. Souffle rugueux au second temps. Au bout de quelques semaines il se rétablit, mais entre temps il est souvent pris de crampes et de contractures de tous les muscles. Les douleurs cessent enfin pour laisser les déformations du rhumatisme nouveau s'établir silencieusement sur tous les membres. Atrophie musculaire extrême. Marche impossible. En deux

mois de traitement par les sudations, l'hydrothérapie, les massages et l'électricité, l'état du malade est voisin de la guérison.

2° *Forme subaiguë*. — La forme subaiguë n'est qu'une forme très atténuée de la précédente, où les douleurs articulaires existent encore, mais moins vives, plus tenaces encore et persistant quelquefois pendant plusieurs mois de suite ou bien le malade ne ressent d'abord que des crampes le long des membres et une sensation particulière de fourmillement. Le gonflement périarticulaire est indolore, il atteint parfois des proportions considérables ; la peau n'est jamais rouge, elle peut présenter seulement une coloration rose fugace. La température ne s'écarte de la normale que de quelques dixièmes à un degré.

Comme exemple nous citerons une observation de la thèse de Diamantberger, 1890.

Observation III (résumée).

(du professeur SERGIN, de Bukarest. — *Spitalul*, 1886, n° 1, page 6.)

Stafa Jona, 9 ans ; à la suite d'une marche fatigante est prise, à 6 ans, dans tout le côté droit et surtout au genou et au coude, de douleurs continuelles sans tuméfaction ni rougeur articulaires. Mêmes phénomènes du côté gauche quelques jours après. Alitée trois mois. Pendant 4 ans elle a des crises subaiguës de plus en plus rapprochées. Elle arrive enfin à une généralisation presque complète des déformations noueuses articulaires, avec une atrophie musculaire considérable. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : quelques manifestations strumeuses.

II. PÉRIODE D'ÉTAT. — Après avoir montré dans quelle mesure l'élément *fièvre* peut modifier la période de début du rhumatisme noueux chronique et en faire deux formes bâtarde : la forme *aiguë* et la forme *subaiguë* ; nous allons étudier les désordres auxquels il aboutit dans tous les cas.

A ce moment, la *douleur*, ou plutôt l'endolorissement, n'est plus causé que par la gêne dans les mouvements des articula-

tions devenues semi-rigides ; c'est une douleur, de nature purement fonctionnelle, qui ne se produit que si l'on veut dépasser la limite des mouvements que la contracture ou l'ankylose permet aux articulations.

La *rougeur*, phénomène transitoire, on l'a vu, disparaît et laisse voir les téguments pâles et décolorés.

La *tuméfaction*, au contraire, a subi des modifications : de purement inflammatoire qu'elle avait pu être ou de simplement œdémateuse, elle ne tarde pas à disparaître presque totalement derrière le gonflement des extrémités osseuses qui, lui, va constituer la lésion caractéristique définitive.

Dans la forme chronique d'emblée, il n'est pas rare de voir les parties déclives du corps s'œdématiser, dans certains cas ; tandis que, dans d'autres, elles s'amoindrissent. « Il est donc, dit Descroizilles (1), rationnel d'admettre, avec Charcot, chez l'enfant, comme chez le vieillard, deux formes de rhumatisme nouveau : l'une *œdémateuse* et l'autre *atrophique*, correspondant aux deux dispositions opposées que les parties molles peuvent présenter. »

La tuméfaction peut encore être le résultat d'un épanchement articulaire à marche lente et à faible tendance à la résorption, comme dans l'observation de Guinon où les doigts, les poignets, les coudes, les genoux présentaient des articulations fluctuantes. (Voir aussi obs. XVIII, XXIV).

Il est de règle, on le sait, que toutes les fois qu'une jointure est lésée, les muscles qui la commandent réagissent en se contracturant tout d'abord ; cette contracture musculaire réflexe, en détruisant l'équilibre des muscles antagonistes, d'une part, et de l'autre l'accroissement des extrémités osseuses articulaires favorable aux subluxations : entraînent la formation des *déviation*s des membres dont nous parlerons plus loin.

L'immobilisation relative des articulations permet souvent à l'ankylose fibreuse de s'établir, aussi, lorsque l'on provoque

(1) DESCROIZILLES. *Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles*. Paris, 1891.

des mouvements exagérés dans ces jointures, perçoit-on de petits craquements dus à la rupture de ces adhérences. Chose curieuse, jamais, chez l'enfant, le rhumatisme noueux n'occasionne d'ankylose osseuse ; la remarque avait été faite par Cornil à propos des vieillards et appuyée sur des preuves histologiques.

Le développement des *déformations* du rhumatisme noueux obéit à certaines règles qu'il faut bien connaître.

2° L'envahissement des articulations par les déformations suit la loi de *symétrie bilatérale*, c'est-à-dire que, de même que pour les adultes et les vieillards, les lésions d'un membre sont exactement et simultanément reproduites sur le segment homologue du membre correspondant de l'autre côté.

Cette loi se vérifie dans toutes nos observations mais surtout à propos des petites articulations, cependant elle comporte des exceptions, et plusieurs sujets ont présenté, à côté de lésions symétriques des extrémités, par exemple, des lésions unilatérales des grandes articulations dues au rhumatisme noueux également.

L'envahissement des articulations, le plus souvent simultanément bilatérale, peut, dans quelques cas, débiter par un côté du corps et prendre ensuite le côté opposé, (voir l'observation du prof. Sergiu, ci-dessus).

3° Dans quel ordre les lésions rhumatismales atteignent-elles les articulations ?

Pour les vieillards, Charcot a démontré que la marche centripète était la plus fréquente, c'est-à-dire partant des petites articulations pour atteindre les grandes.

Le relevé de 29 de nos observations où le début est mentionné nous montre que :

9 fois l'affection a débuté par les petites articulations.

9 fois — par les grandes —

2 fois — par les grandes et les petites — d'où

l'on peut conclure que, chez l'enfant, la marche centripète ou centrifuge se retrouve indistinctement d'une façon presque égale.

Nous avons rencontré deux débuts par toutes les jointures simultanément à propos d'un cas de rhumatisme nouveau à forme aiguë et d'un autre à forme subaiguë.

Les articulations le plus fréquemment lésées sont, par ordre de décroissance : celles des doigts, des genoux, des poignets ; puis indistinctement, celles des coudes, des épaules, des hanches et des pieds.

Nous avons recherché si la cause de ces débuts d'un même processus morbide par une articulation, de préférence à une autre, ne se trouvait pas dans la prédilection de l'âge plus ou moins avancé de l'enfant ou pour l'une des trois formes que nous avons décrites : mais nous n'avons trouvé aucune explication précise qui puisse se baser sur des faits probants.

Diamantberger (1), qui a étudié l'affection dans l'enfance et dans l'adolescence, classe la marche centrifuge dans la deuxième enfance parce que, à cette époque, l'enfant s'exerce à la station debout, à la marche, au saut, etc. : essais dans lesquels les grandes articulations surtout fonctionnent ; il relègue la marche centripète dans l'adolescence sous prétexte qu'à ce moment l'enfant spécialise ses aptitudes professionnelles à des mouvements plus délicats, (écriture ; mouvements professionnels des doigts) qui se passent surtout dans les petites articulations. Il donne d'ailleurs sa théorie sous toutes réserves.

Mais de semblables raisons ne peuvent être évoquées pour expliquer ces mêmes différences dans la marche de l'affection que nous étudions exclusivement dans la première et la seconde enfance.

La généralisation de l'arthrite à toutes les jointures s'observe quelquefois, comme dans notre cas et ceux de Bouchut, de Dailly, et de Diamantberger. Ordinairement la maladie s'arrête à quelques articulations d'un ou de plusieurs membres.

La combinaison des *déviation*s et des *déformation*s articulaires que nous venons d'étudier donne lieu à des *attitudes*

(1) Thèse de Paris, 1890

spéciales des membres que Charcot a magistralement décrites chez les vieillards.

Pour les mains, en particulier, il reconnaît deux types principaux dont un seul nous intéresse parce qu'il se retrouve chez l'enfant, c'est le premier type caractérisé :

« 1° Par la flexion à l'angle obtus, droit, ou même aigu de la phalangette sur la phalange.

2° Par l'extension de la phalange sur la phalange.

3° Par la flexion des phalanges sur les têtes métacarpiens.

4° Par la flexion à angle moins obtus des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant bras.

5° Dans un grand nombre de cas, il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation en sens inverse des phalangines sur les phalanges. La première de ces deux lésions est souvent l'une des premières déformations qui signalent le début de la maladie.

Ce type peut offrir deux variétés. Dans la première la plupart des caractères que nous avons décrits sont conservés ; seulement la phalange et la phalange sont sur le même axe et forment une seule colonne. »

Presque toutes nos observations se rapportent à ce type et à ses dérivés.

Du second type, dont nous renvoyons la lecture dans l'ouvrage de Charcot, nous avons relevé, chez l'enfant, quelques rares exemples ne s'en rapprochant que d'une façon trop éloignée pour y insister.

Diamantberger (voir obs. XXVI) signale chez l'enfant une variété qu'il a observée une fois, et qui consiste en l'absence de flexion et d'extension des doigts d'une part, et de l'autre en déviations latérales des phalanges opposées ; de telle sorte que deux doigts voisins, l'index et le médus par exemple, limitent entre eux un espace losangique.

Le *pouce*, qui n'est pas mentionné dans la description de Charcot, échappe en effet souvent à la lésion chronique. Dans quelques cas cependant c'est l'articulation métacarpo-phalan-

gienne qui est grosse et le pouce dévié en dedans se trouve recouvert par les autres doigts. Moncorvo (voir obs. XVI) mentionne, dans son cas, le gonflement de l'articulation phalangienne et la flexion du pouce. L'opposition peut être impossible dans certains cas.

Une malade du service de M. Archambault présentait une flexion exagérée des poignets, tenait les mains pendantes et l'avant-bras fléchi sur le bras ; ce qui, dit Lacaze Doré, faisait comparer l'attitude de ses mains à celles des *nagecires de phoque*, selon l'expression de M. St-Germain.

Les coudes et les épaules ne nous ont jamais montré de véritables lésions osseuses susceptibles d'être décrites ; on y observe des troubles fonctionnels comme pour les autres jointures.

Il est rare que les orteils soient envahis : dans l'observation XXVIII (de M. Perret), l'articulation métacarpo-phalangienne présente des nouures comme pour le pouce de la main.

Dans d'autres observations, on signale l'abduction du gros orteil chevauchant sur le deuxième, et la présence d'un oignon à la face interne de son articulation avec le métatarsien.

Diamantberger a remarqué la flexion des phalanges dans un cas.

Lacaze Doré a trouvé la voûte plantaire affaissée par suite de la lésion de l'articulation médio-tarsienne ayant occasionné une variété de pied plat valgus douloureux.

Au cou-de-pied, l'extension forcée peut reproduire un pied bot équin.

Aux genoux, c'est surtout le condyle interne le plus développé en même temps que la rotule est déjetée en dehors.

De même que pour le coude et l'épaule, les hanches peuvent être atteintes, symétriquement ou non ; l'articulation coxo-fémorale est alors immobilisée dans l'attitude de la flexion.

III. LÉSIONS TROPHIQUES. — Les altérations morbides des jointures, dans le rhumatisme noueux, entraînent avec elles des lésions trophiques considérables dans le reste de l'appareil de la locomotion.

A cette époque avancée de la maladie, l'élément musculaire ne réagit plus tant par l'action réflexe, c'est-à-dire en se contracturant, que par l'atrophie résultant de la non activité où il se trouve. D'où le contraste si frappant de ces grosses jointures reliant de longs membres amaigris et décharnés, d'où ces rétractions tendineuses, d'où la diminution des réflexes rotulien et plantaire, d'où ces crampes dans les mollets.

Diamantberger, signale aussi l'atrophie osseuse des diaphyses comme particulièrement grave chez l'enfant par suite des difformités irrémédiables qu'elle entraîne chez lui.

La petite Julie R..., de 19 ans, présente un tel arrêt de développement du squelette que l'on croirait voir une enfant de 8 à 10 ans. Son petit idiot de 19 ans et demi n'a que 1^m40 de taille et présente une différence de longueur des fémurs et des tibias ; ce sujet présente également une atrophie du maxillaire inférieur ; de même, une troisième de ses malades « dont la dystrophie du maxillaire inférieur porte, surtout, sur la partie sous-alvéolaire qui paraît amincie et rétrécie ; la lèvre supérieure est épaisse et surplombe la bouche, tandis que la lèvre inférieure est attirée en arrière avec le maxillaire. »

Enfin Weill (1) (Obs. IV) rapporte le cas suivant : « Nous avons actuellement dans le service une petite fille de 14 ans qui a eu du rhumatisme articulaire des grandes jointures à 11 ans et présente également des signes de l'arthrite déformante aux mains seulement. Il n'y a pas eu chez elle d'arrêt de développement, mais son maxillaire inférieur est aussi sensiblement atrophié. S'agit-il d'une simple coïncidence ou faut-il voir une relation de cause à effet ? »

Diamantberger se demande si le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire n'est pas pour quelque chose dans cette atrophie. Sans nous prononcer, nous rappellerons que le malade de notre observation, qui a présenté à plusieurs reprises de la raideur de l'articulation temporo-maxillaire, n'offre aucune lésion trophique du maxillaire inférieur.

(1) Weill : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Paris 1890. 16-19. 1 pl.

CHAPITRE IV

MARCHE ET COMPLICATIONS

Après avoir débuté, comme nous l'avons vu plus haut, le rhumatisme chronique nouveau continue lentement et silencieusement sa *marche*, en produisant des déviations des membres moins prononcées, mais une augmentation des têtes osseuses plus considérable que dans la forme rapide.

Celle-ci, au contraire, qu'elle soit aiguë ou subaiguë, se continue, pendant longtemps quelquefois, par des poussées aiguës, puis subaiguës, de plus en plus rapprochées ou éloignées, jusqu'à l'établissement des déformations définitives.

Dans quelques cas cependant, la forme chronique d'emblée peut présenter un court accès subaigu, à l'occasion d'un refroidissement, d'une peur comme dans notre cas, ou de toute autre cause.

Parmi les auteurs qui ont traité du rhumatisme nouveau chez l'enfant, les uns tels que Moncorvo et Diamantberger, affirment que les *complications* ne sont pas rares dans le rhumatisme nouveau ; d'autres, au contraire, tels que Garrod et Lacaze Doré soutiennent qu'elles ne sont pas fréquentes, ou même qu'elles n'existent pas. A quoi attribuer une telle divergence dans les opinions ?

Il faut, pour résoudre la question, examiner de près les faits apportés de part et d'autre.

Et d'abord Moncorvo, dans son mémoire, rappelant les manifestations cardiaques observées dans le rhumatisme noueux des vieillards, ajoute : « il est permis d'admettre, *par analogie*, que les localisations cardiaques ne sont pas rares dans le rhumatisme chronique de l'enfance. »

De même, doit-on tenir grand compte de l'observation de Dally, sur une petite malade, atteinte de rhumatisme noueux, chez laquelle l'auscultation révéla « un souffle légèrement rugueux au second temps. » ? Avec Lacaze Doré, nous reconnaitrons que ces seuls détails ne suffisent pas pour affirmer l'existence d'une endocardite.

Une autre observation, sur laquelle s'appuient ces auteurs, est celle que donne Cornil (1) d'une jeune fille de 28 ans, dont le début du rhumatisme remontait à 12 ans. Elle eut plusieurs périodes aiguës et mourut de péricardite et de néphrite albumineuse.

Notons que l'auteur lui-même rapporte ces lésions viscérales plutôt à un état cachectique qu'à l'influence du rhumatisme noueux.

Quant à Diamantberger, il évoque, à l'appui de son opinion : un cas d'arthrite noueuse avec rétrécissement aortique chez une *jeune fille* vue par Beau (2) ; l'observation du docteur Ollivier sur un *homme de 23 ans* avec rhumatisme noueux et altération des valvules sigmoïdes de l'aorte, et donne comme typique le cas de Raymond (3) concernant un imprimeur de 20 ans ayant eu de l'arthrite noueuse à 14 ans, mort avec hypertrophie cardiaque dans un accès d'urémie.

Or, nous ne pouvons, disons-le de suite, enregistrer ces observations sur le compte de l'enfance, lorsque toutes ces complications pathologiques, dont il est parlé, se rapportent à des malades ayant atteint l'âge adulte.

Rappelons que Descroizilles, dans son *Traité des maladies de*

(1) CORNIL, 1863. *Mémoires de la Société Biologique*.

(2) BEAU, 1864, *Gazette des hôpitaux*.

(3) RAYMOND, Leçon clinique à l'Hôtel-Dieu, *Progr. Médic.*, 1882.

l'enfance, fait remarquer, lui aussi, qu'on ne peut conclure exactement sur ces cas.

En résumé, d'une part Moncorvo n'avance que des hypothèses et de l'autre Diamantberger, lorsqu'il parle des complications du rhumatisme noueux de l'enfance, dépasse cet âge et s'adresse à des adultes.

Pour ce qui concerne l'enfance proprement dite, voici ce que nous avons trouvé sur 23 observations complètes que nous avons entre les mains :

1° Le cas de Martel, cité par Charcot, concernant un enfant de 10 ans, atteint de rhumatisme noueux, qui présenta, lors d'une exacerbation, une péricardite passagère. (Obs. V.)

2° La petite malade du Docteur Archambault prise de rhumatisme noueux à 4 ans, chez qui les exacerbations fréquentes coïncidaient avec une insuffisance mitrale. (Obs. VI).

A ces deux seuls cas de localisations cardiaques survenues dans le cours du rhumatisme noueux chez des enfants, nous ajouterons :

3° L'observation de Perret de Lyon (obs. XX ; à la fin de l'ouvrage) ; petite fille de 10 ans ; début aigu du rhumatisme à 7 ans suivi de crises aiguës rapprochées ; souffle d'insuffisance mitrale.

4° L'observation XXX (voir à la fin) du Docteur Gubian : petit berger de 11 ans, atteint d'un accès de rhumatisme articulaire généralisé qui amena, par la suite, les lésions de l'arthrite noueuse ; il a présenté de l'endocardite.

Or, un fait à remarquer à la lecture de ces quatre observations, c'est que toutes ont rapport à des cas de rhumatisme noueux à forme rapide.

Est-ce à dire que les complications cardiaques du rhumatisme noueux aigu fassent défaut dans celui à forme *chronique d'emblée* ? Nous n'avons trouvé, pour celle-ci, que l'observation de Vulpian (1) sur un garçon de 16 ans, dont l'affection remontait à 14 ans, qui présentait une hypertrophie légère du

(1) VULPIAN. *Clinique de la Charité*, pages 55, 1879. (Obs. VII).

cœur, un souffle à la pointe et un roulement présystolique. Baginsky (1) rapporte aussi le cas d'un enfant de 4 ans, à rhumatisme nouveau, qui avait une lésion valvulaire grave, mais il ne nous dit pas à quelle forme appartenait cette polyarthrite. (Obs. VIII.)

En résumé, il nous est permis de conclure que les complications cardiaques du rhumatisme nouveau chronique sont rares chez l'enfant.

Les autres complications viscérales sont encore moins fréquentes. Dans le traité de Rillet et Barthez (2), on trouve le cas d'une fille de 14 ans et demi, qui guérit au bout de 18 mois et demi d'un rhumatisme chronique d'emblée généralisé. Entre temps survint un *ictère* avec *tuméfaction du foie* (Obs. IX.)

A propos de cet ictère, l'auteur émet ainsi son opinion : « C'est une rareté ; il était vraisemblablement dû à un état congestif du foie, car la glande était notablement augmentée de volume. »

Toujours à titre de coïncidences plutôt que de complications pathologiques, mentionnons, avec Diamantberger : l'*exophtalmie double* chez une de ses malades de 17 ans, dont le rhumatisme nouveau remontait à 8 ans. L'auteur qui s'est spécialement occupé de la question des troubles oculaires des rhumatisants aigus ou chroniques, reconnaît à cette exophtalmie comme aux autres troubles oculaires, tels que blépharites, conjonctivites, etc., une origine rhumatismale.

Il s'appuie de Cornil qui avait déjà signalé en 1863, sur un relevé de soixante-quatre cas de rhumatisme nouveau, la coïncidence de troubles oculaires chez trois malades.

L'*Idiotie*, signalée dans les antécédents héréditaires d'une des malades du même auteur et chez un garçon de 19 ans et demi.

L'*Hystérie*, que l'on retrouve dans les commémoratifs de quelques malades.

(1) BAGINSKY. *Traité des maladies des enfants*. Traduc. Guinon, Paris 1892.

(2) Rillet et Barthez, III^e édit. 1891.

L'*Epilepsie*, dont Potain (Obs. XVII) a publié un cas dans l'*Union médicale*, 1880.

L'*Anémie*, soit antérieure à l'éclosion du rhumatisme noueux, soit, souvent même, consécutive à celui-ci, comme nous l'avons remarqué dans beaucoup de nos observations.

CHAPITRE V

DURÉE, TERMINAISON

En général, l'enfant parcourt plus rapidement, que l'adulte et le vieillard, les diverses étapes du rhumatisme chronique. Nous possédons un cas où le malade traina sa maladie pendant seize ans avant de voir survenir une amélioration ; dans un autre, les lésions osseuses ne s'effacèrent qu'au bout de vingt trois ans, tout en ayant suivi un traitement thermal de très longue durée.

Le plus souvent, la thérapeutique aidée de l'hygiène arrive, en quelques mois, à modifier le développement de la maladie, daterait-elle déjà de longues années, comme le prouvent les observations de Wagner. (Obs. X, forme subaiguë, améliorée au bout de quatre ans), de Grancher (Obs. XXII, forme chronique d'emblée, améliorée au bout de neuf ans), et notre observation personnelle (amélioration après huit ans). La guérison complète n'est pas impossible, les faits de Dailly, de Blache, de Stoicesco (Obs. XV), de Moncorvo (Obs. XVI), de Grancher (Obs. XXIV) de Diamantberger, de Gubian (Obs. XXIX et XXX), en font foi.

D'autrefois les lésions se montrent incurables comme dans les deux cas de Wagner, cités par Descroizilles (1) et dans celui

(1) DESCROIZILLES. *Loco citato*.

de Diamantberger où elles amenèrent, à dix-sept ans, un arrêt complet de développement (Obs. XXVII).

Bien mieux, la maladie peut prendre une allure beaucoup plus grave, dans certaines circonstances exceptionnelles, il est vrai : telle l'une des malades de Wagner atteinte de rhumatisme noueux à forme lente. L'affection après avoir débuté avec les allures d'un état pathologique aigu, persista pendant des années entières, et finit par produire une luxation spontanée de la cuisse, le décollement de l'extrémité supérieure d'un des tibias et une atrophie musculaire considérable (Obs. XI).

Sans aller toujours aussi loin dans sa terminaison, le rhumatisme noueux, lorsqu'il rétrocede, le fait lentement, n'abandonnant que difficilement les articulations envahies et surtout les petites.

Il laisse de plus, derrière lui, une certaine laxité des ligaments articulaires entraînant celles des articulations intéressées ; d'où, comme le fait remarquer Lacaze Doré, dans un de ces cas, il résulte une sorte de balancement latéral de tout le corps au moment de la marche.

Le malade qui a fait le sujet de notre principale observation, depuis qu'il est soumis à un traitement méthodique et raisonné, voit disparaître les nodosités des petites articulations, la raideur du cou et des petites jointures ; il a commencé à marcher avec deux béquilles, puis appuyé sur le dos d'une chaise et enfin il est arrivé à se tenir quelques minutes sur les jambes sans aucun tuteur. Il marche en boitant à cause de sa coxalgie plus tenace.

Enfin nous n'avons trouvé jusqu'ici, à notre connaissance, que deux cas de mort observés dans le cours de rhumatisme noueux datant de l'enfance.

Le premier cas est de Cornil. (Obs. XII) (1).

(1) CORNIL, 1863, voir l'historique.

Le deuxième nous a été communiqué par le docteur Gubian :

Observation XIII (inédite)

« Pierre Béthoux, 13 ans, berger des Mollards, commune de Montégnard (Isère). Tempérament lymphatique ; offre en 1874, des signes de rachitisme et un commencement de mal de Pott.

Déformations des doigts et des orteils. Posphates de chaux et urates de soude abondants dans les urines. Nodosités très sensibles sur les apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres cervicales et quatrième dorsale.

Commémoratifs : père militaire pendant 7 ans et ayant contracté la syphilis, mère rhumatisante.

En dépit de la méditation anti-strumeuse appropriée à l'état général très mauvais et à l'état local rendu grave par les phénomènes morbides du côté des vertèbres où la carie ne tarde pas à se déclarer, ce malade a succombé, en 1876, au progrès de la cachexie strumeuse. La médication thermale a été aussi impuissante. Malgré la diathèse scrofuleuse évidente chez ce sujet, il est incontestable, qu'au début des diverses manifestations pathologiques qui se sont déroulées en six années chez P. Béthoux, le rhumatisme noueux était seul apparent.

Cette observation prouve que le rhumatisme noueux, chez l'enfant, peut favoriser le développement de la cachexie scrofuleuse, surtout lorsque le tempérament y prédispose déjà. »

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Arrivé à son entier développement, le rhumatisme noueux de l'enfance ne peut être confondu avec le *rhumatisme articulaire chronique simple* dont la caractéristique est l'absence de symétrie des lésions articulaires ; l'immunité dont jouissent les petites articulations ; le manque de nodosités si remarquables aux phalanges ; le peu de gonflement même des grandes jointures que la maladie laisse en général au bout d'un certain temps, et la persistance plus grande des rétractions musculaires.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le Professeur Heydenreich d'avoir pu observer les symptômes, dont nous venons de parler, chez un de ses anciens petits malades, Charles B. . . , âgé de 10 ans. A la suite d'un refroidissement, il fut pris de rhumatisme articulaire chronique simple à début aigu, ayant porté son action sur les grandes jointures des membres inférieurs. Durant son séjour à l'hôpital, du 2 juin au 28 septembre 1891, M. Heydenreich dut tenter le redressement brusque du membre inférieur droit en pratiquant l'ostéoclasie du tibia. Nous avons vu l'enfant, dernièrement, qui, sans étendre encore complètement la jambe sur la cuisse, peut cependant marcher assez facilement en s'aidant d'une béquille.

Au début du rhumatisme noueux, le diagnostic est quelquefois difficile : témoin le cas de Lacaze-Doré (obs. XIV) (1), où une malade prise de douleur et de gonflement du poignet passa pour s'être fait une entorse ; et cette autre observation intéressante où la contracture des doigts, le seul symptôme perçu tout d'abord, fit penser à de la *tétanie* (voir obs. XVIII).

Il est une maladie constitutionnelle ayant beaucoup des allures du rhumatisme chronique noueux et avec laquelle le diagnostic est quelquefois embarrassant : c'est la *goutte* et ses manifestations arthropathiques.

La goutte, en effet, existe chez l'enfant comme chez l'adulte. Garrod (2) en signale un cas ayant débuté à 9 ans.

Scudamore conseille d'être très réservé dans le diagnostic de ces deux maladies chez l'enfant et cite un premier accès de goutte apparu à 8 ans et un autre cas à 12 ans (3).

Trousseau, Bouchut, Debout (5 cas), Bouchard, Gaucher (Société médicale des Hôpitaux, séance du 22 juin 1889), Weill possèdent des cas de ce genre chez l'enfant.

Mais nous avons comme signes différentiels : la présence d'acide urique dans le sang et la sérosité ; l'hérédité très fréquente ; l'étiologie qui révèle toujours des conditions hygiéniques opposées à celles du rhumatisme chronique, de la « *goutte du pauvre* » comme l'appelle Landré-Beauvais ; la présence des concrétions tophacées avec leur mobilité complète et leur siège particulier dans l'épaisseur de la peau des mains, sans aucun ordre symétrique, etc., etc.

Les *arthrites chroniques* de la scrofule sont souvent mono-articulaires ; elles affectent le genou ou les grandes jointures ; le processus débute par les ligaments et non par l'os, pour terminer par la formation de fongosités, ou la création de fistules ou d'abcès.

(1) Voir les détails in thèse Lacaze-Doré, 1889.

(2) GARROD. *La goutte, son traitement et le rhumatisme goutteux*. Traduction Ollivier, 1867, p. 282.

(3) Voyez Garrod, ci-dessus

Nous passerons sous silence les *arthropathies d'origine tabétique* comme étant trop rares chez l'enfant.

Descroizilles insiste sur les caractères différentiels entre le *torticolis d'origine osseuse* et le *torticolis d'origine musculaire spasmodique* de l'enfance : « Le torticolis est presque constamment mixte, dit-il, musculaire et articulaire, voire articulaire seulement. dans ce dernier cas la contracture des muscles est secondaire, instinctive.

.

Quand le torticolis est purement articulaire, la déviation se fait indifféremment d'un côté ou de l'autre suivant la position où la première douleur a surpris la tête.

Quand le muscle lui-même est contracturé il n'en va plus de même, on le sent rigide, saillant sous la peau... La douleur qui occupe en même temps les vertèbres cervicales peut faire croire à une carie de la colonne vertébrale. Le moyen de savoir à quoi s'en tenir c'est de tenter le redressement pendant la narcose chloroformique. »

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

D'après tout ce que nous venons de dire, le *pronostic*, sans être aussi défavorable qu'à l'âge adulte ou chez le vieillard, doit cependant encore être réservé, à notre avis, non pas tant au point de vue de ses complications qui, nous l'avons vu, sont heureusement rares, ni d'une issue fatale qui est l'exception et dépend surtout d'influences étrangères; qu'au point de vue de la tendance relative du rhumatisme nouveau vers la guérison, chez les enfants.

Nous allons étudier, à propos du traitement, ce que peut faire la thérapeutique pour aider la nature dans ce sens.

CHAPITRE VIII

T R A I T E M E N T

Avant d'employer tout l'arsenal des médicaments usités dans le rhumatisme chronique, il est une indication générale que doit suivre le médecin : c'est de modifier la constitution de l'enfant d'autant plus maniable à cet âge que l'organisme est en voie de croissance et d'activité.

Un des principaux moyens que nous possédions est l'application de l'*hygiène* sous toutes ses formes et à tous les instants de la vie de l'enfant. C'est de leurs quartiers populeux, c'est de leurs logements insalubres qu'il importe de soustraire ces enfants presque tous appartenant à la classe pauvre, afin de substituer à la vie dans un air confiné celle à l'air pur et respirable.

On veillera également à l'*hygiène de l'alimentation* ainsi qu'à l'*hygiène corporelle*.

On ne négligera pas non plus le *massage* pratiqué modérément, mais d'une façon suivie sur les tissus péri-articulaires et le long des groupes musculaires atrophiés. Joint à l'*hydrothérapie*, nous avons là un puissant moyen mécanique d'activer la nutrition musculaire, d'aider la circulation périphérique ralentie et de favoriser les résorptions.

On ne saurait trop recommander ici l'action pour ainsi dire eutrophique et quelquefois même curatrice certaine de l'électricité sur les lésions du rhumatisme noueux de l'enfant.

Moncorvo, Dally, Blache, Diamantberger nous ont fourni des cas de guérison complète ainsi obtenue et nous ajouterons à ces faits le cas du petit Lucien G. . . . , qui, arrivé au service de M. Simon dans l'impossibilité de marcher ou de se tenir debout, commence aujourd'hui à pouvoir se passer de ses béquilles, après trois mois d'application du courant faradique le long des membres atteints.

Le docteur Boudet, de Paris, cité par Lacaze, dit à ce propos :

« La galvanisation a pour résultat :

1° De faire cesser très rapidement les douleurs ;

2° De faire disparaître les contractures ;

3° D'aider à la disparition des nodosités.

Prolongée quelque temps, elle diminue également l'atrophie des muscles et les paralysies. »

Comme indications spéciales à certains cas d'inflexion vicieuse et rebelle des membres, Moncorvo conseille le redressement lent et progressif.

C'est à ce dernier mode de traitement, que M. le docteur Simon a eu recours pendant deux mois pour l'arthrite noueuse de la hanche, que présenta notre malade au cours de son affection, la première fois qu'il vint à l'hôpital.

Dans les moments d'accès aigus chez les enfants à rhumatisme noueux, on se servira avantagement du *salicylate de soude* (2 à 4 grammes par jour) et de l'*antipyrine* (1 à 2 grammes par jour). Les douleurs locales seront rendues tolérables, si elles ne s'apaisent pas, avec des onctions à l'onguent napolitain belladonné, l'huile camphrée chloroformée etc. etc., ou par les bains de sable chaud.

Nous avons emprunté les détails relatifs aux établissements balnéaires en vogue, pour le traitement de l'affection qui nous occupe, aux remarquables conférences de M. le docteur Jules Simon (1).

Les rhumatisants lymphatiques ou scrofuleux, iront de pré-

(1) J. SIMON. *Conférences thérapeutiques et cliniques pour les maladies des enfants*, 1884, Paris.

férence aux eaux chlorurées de Bourbonne-les-Bains présentant la température élevée de 56° à 58°. Moins chaudes (41° à 45°), mais aussi bonnes sont celles de Salins (Jura), Salins-les-Moutiers (Savoie), Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) et la Motte-les-Bains (Isère), d'où M. le docteur Gubian nous a adressé deux cas instructifs de guérison.

Les rhumatisants simplement débilités iront à Aix-en-Savoie, à Cauterets, à Luchon et Barèges.

Plombières et Royat sont indiquées pour les dyspeptiques et Luxeuil pour les jeunes filles chlorotiques.

Mais, si le séjour à Vichy est salulaire à l'adulte, il n'en est pas de même pour l'enfant qui n'en retirera « qu'une action dépressive ».

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

Observation XV. (Résumée). STOICESCO.

(*Progrès médical*, 15 avril 1876, p. 287).

Petite fille de 6 ans et demi. Début du rhumatisme noueux à 2 ans, après refroidissement, par des douleurs diurnes et nocturnes intolérables quelquefois, dans les genoux enflés mais non rouges. Deux mois après les mains sont prises. Torticolis. Quatre ans après, apparition des déformations caractéristiques aux doigts (1^{er} type Charcot) et aux articles des membres inférieurs. Rien aux viscères. Antécédents héréditaires nuls. Périodes d'exacerbations. Traitement tonique. Séjour de trois ans à l'hôpital de Forges. Nodosités digitales disparues. Laxité multiarticulaire grande.

Observation XVI. (Résumée). MONCORVO, 1878.

Petite fille de 2 ans et demi. Nourrices diathésiques. Attaque subite de rhumatisme articulaire subaigu aux genoux, pieds et poignets. Un mois après seconde crise avec œdème inflammatoire des deux jambes. Le rhumatisme devient noueux chronique : nodosités aux orteils, doigts, etc. *Statu quo* pendant huit

mois. Rétractions fibreuses et musculaires. Atrophie musculaire considérable. Guérison en huit mois par l'électricité faradique.

Observation XVII. (Résumée). Professeur POTAIN.

Malade de 28 ans. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels nuls. Entré au service du docteur Potain pour : rhumatisme osseux chronique, crises épileptiques et palpitations. Début chronique d'emblée à 10 ans par les doigts. Une poussée de rhumatisme aigu scapulo-huméral avec lumbago à 28 ans. Déformations pathognomomiques des mains. Main droite en griffe de Duchesne. Rien au cœur. A eu des crises d'épilepsie franche depuis l'éclosion de son rhumatisme nouveau. Pas d'autre trouble cérébral.

Observation XVIII. (Résumée).

(Communiquée par son collègue Séné et recueillie dans le service du docteur Archambault, publiée *in thèse Lacaze*, 1882).

Petite fille de 3 ans, entrée pour coxalgie gauche. Antécédents personnels ou héréditaires nuls. A un an et demi, douleur dans le genou gauche attribuée à une chute. Neuf mois après, la hanche est immobilisée. Application d'un appareil inamovible. Angine diphtéritique, dans l'intervalle, et guérison de la hanche.

Puis, subitement, et tandis qu'elle est à l'hôpital depuis de longs mois, apparaît de la contracture des mains et de la hanche. On diagnostique *tétanie*. Mais surviennent bientôt les lésions osseuses, rappelant aux doigts, le premier type Charcot.

Observation XIX. (Résumée). DESCROIZILLES.

(G. Eloy. Du rhumatisme nouveau infantile. *Union médicale*, n° 173, 8 déc. 1883.)

Malade de 8 ans et demi, atteint depuis de longs mois de troubles et altérations des articulations des mains, poignets, coudes, membres supérieurs, orteils, cou-de-pied et genoux. Arthropathies noueuses symétriques. Pas de fièvre. Dernièrement il a

eu un paroxysme douloureux. Les antécédents héréditaires manquent. Antécédents personnels : orphelin ; misère physiologique. Rachitisme. Flexion et extension des membres inférieurs impossibles : il marche « à la façon des canards. »

Observation XX. (Résumée).

(Ed. HENOCH : *Leçons sur les maladies des enfants*, Berlin, 1887).

Garçon de 14 ans. Début subaigu du rhumatisme nouveau par les mains et les pieds. Ankylose presque totale de la main gauche. Nodosités, semblables à celles des mains, au gros orteil et au quatrième du pied gauche. Palpitations. Rien à l'auscultation.

Observation XXI. (Du même auteur).

Jeune fille russe, 13 ans, vue à une consultation du docteur, avec les déformations caractéristiques aux mains et aux pieds.

Observation XXII. (Résumée).

(WAGNER. *Münchener med. Wochenschrift*, 20 mars 1888).

Début subaigu d'un rhumatisme nouveau chez une petite fille à 11 ans, survenu, sans cause connue, sur les genoux puis les épaules, les mains et les hanches. Bains, sudations, électricité et massage. Quatre mois plus tard les extrémités osseuses sont encore tuméfiées, mais les mouvements plus faciles.

Observation XXIII. (Résumée). Professeur GRANCHER.

(Recueillie dans le service de M. le professeur GRANCHER. Th. Pélissié, 1889.)

Petite fille de 13 ans. Antécédents héréditaires nuls. Elevée au biberon. Rougeole, Misère physiologique. Mauvaise hygiène. Déformations symétriques et lésions analogues des mains, poignets, coudes, colonne cervicale, Beaucoup des articulations des

membres inférieurs ont de l'hydarthrose. Début chronique d'emblée à 4 ans.

Observation XXIV. (Résumée).

(Recueillie dans le service du docteur GRANCHER. In thèse Péliissié, 1889).

Début subaigu par les mains, les pieds et les genoux, d'un rhumatisme nouveau chez une petite fille, à l'âge de 6 ans.

Trois périodes successives de poussées aiguës, jusqu'à l'établissement des lésions ordinaires de l'affectation avec de l'hydarthrose de quelques articulations. Nodosités d'Heberden à l'index gauche.

Traitement : hygiène. Saison à Berk-sur-Mer. Guérison.

Observation XXV. (Résumée). DIAMANTBERGER, Th. 1890.

(Recueillie à *St-Vaast-la-Hougue*, Manche).

Mendiant de 19 ans, issu d'une famille de cultivateurs. Quelques douleurs rhumastimales du père. Sept enfants, dont un mort de méningite et l'autre de fluxion de poitrine. Garçon idiot ; scrofuleux dès l'enfance. Début chronique du rhumatisme nouveau à 2 ans. Chaque hiver, endolorissement des grandes jointures qui le clouent au lit. Pas de rachitisme. Asymétrie faciale. Arrêt de développement du maxillaire inférieur. Strabisme. Taille 1^m40. Nodosités d'Heberden aux phalanges. Ongles rudimentaires. Grandes articulations noueuses. Inégalité de longueur des os des membres pelviens.

Observation XXVI. (Résumée).

(Malade vue par Péliissié, et de nouveau observée par Diamantberger dans le service de M. le docteur Weill, hôpital Rothschild. Th. 1890).

Petite fille de 14 ans. Père nerveux ; rhumatisme aigu ; acné rosacé. Mère migraineuse, dyspeptique ; nodosités d'Heberden ; goître simple. Cousine : maladie de Basedow. Oncle paternel goutteux et diabétique. Cousin nerveux, dyspeptique ; rhumatisme articulaire aigu et endopéricardite. Sœur : nerveuse, migraineuse.

Antécédents personnels : Élevée au sein, puis au biberon, après six mois. Dentition retardée. Fièvres éruptives. Impétigo, eczéma, adénites. Un spécialiste consulté pour des troubles oculaires, s'aperçoit le premier des déformations des doigts. Trois poussées aiguës en trois mois, depuis l'établissement de ses règles. Asymétrie faciale. Arrêt de développement du maxillaire inférieur. Mains, orteils, colonne vertébrale touchés. Amélioration en trois mois par les bains de sable chaud et d'électrisation.

Observation XXVII. (Résumée). DIAMANTBERGER.

Julie Ritter, 14 ans. Père asthmatique. Mère migraineuse, dyspeptique, nerveuse; sœur idiote; tante paternelle, poitrine. Antécédents héréditaires: strume dans l'enfance. A 8 ans, début aigu du rhumatisme noueux par les grandes puis les petites jointures. A la longue: ankylose articulaire et atrophie musculaire. Exophtalmie symétrique à 10 ans. A 17 ans, elle paraît avoir 8 à 10 ans par son aspect ratatiné et sa petite taille. Jamais réglée. Différents types de déformations articulaires décrits par Charcot. Atrophie musculaire considérable.

Traitement: toniques; bains sulfureux; électrisation.

Amélioration surtout du système musculaire.

Observation XXVIII. (Résumée). PERRET.

(Société nationale de Médecine de Lyon. Séance du 13 décembre 1890.

Lyon médical.)

Fillette de 10 ans. Pas d'antécédents, rhumatismaux ou névropathiques héréditaires. Elle est restée à la campagne jusqu'à 6 ans, où elle jouait souvent près d'une pièce d'eau. Début des douleurs à 7 ans, avec paroxysmes et contractures. Gros orteil, articulations radio-carpiennes et médio-tarsiennes prises ensuite. Crises douloureuses rapprochées. Déformations caractéristiques du rhumatisme noueux aux doigts. Les trois dernières vertèbres cervicales sont tuméfiées. Souffle d'insuffisance mitrale au cœur.

Observation XXIX (Inédite)

(Communiquée par M. le docteur GUBIAN)

Marie Colonel, 9 ans, de Raccords, commune de Saint-Martin (Isère), se présente à La Motte en 1871 avec des mains en forme de griffe, les articulations des phalanges et des phalanges offrent des nodosités d'Heberden enraidies, peu douloureuses, le genou gauche atteint d'arthrite sèche, semi-ankylosé, avec atrophie des muscles de la région crurale à la partie inférieure, et de ceux de la jambe du même côté. L'état général est mauvais, la dystrophie musculaire se manifeste au tronc comme aux membres. Chloro-anémie. Cette petite fille, qui garde les troupeaux dans la montagne, est exposée aux variations atmosphériques et surtout à l'humidité répétée; car elle a gardé souvent des vêtements mouillés sur elle. Je ne relève aucune influence héréditaire dans les précédents. Son rhumatisme nouveau est survenu sans état aigu prononcé. Elle souffrait sans se plaindre beaucoup; la déformation s'est accentuée graduellement en 3 ans, environ, aux mains. Le traitement thermal a commencé le 5 juin 1871, a duré 30 jours, puis il a été repris 5 années consécutives; enfin, poursuivi tous les 3 ans jusqu'en 1890. Les doigts ont recouvré leurs fonctions, du moins en partie, puisque la jeune fille a pu travailler au métier de gantière. Aujourd'hui elle est mariée, mais n'a pas eu d'enfant.

Observation XXX (Inédite)

(Communiquée par M. le docteur GUBIAN)

Maxime Ch..., berger, a été exposé aux intempéries du climat de montagne; il est lymphatique, et a eu, à l'âge de 9 ans, un accès de rhumatisme articulaire généralisé, ayant porté son action principalement sur les articulations carpo-métacarpiennes et tarso-métatarsiennes des deux mains et des deux pieds. Toutes ces jointures sont déformées et semi-ankylosées. Le 10^e jour de la présentation du malade, l'examen des urines n'offre pas d'acide urique, mais des phosphates et des urates alcalins en notable quantité.

La préhension des objets est à peu près impossible la marche est difficile et ne se fait qu'à l'aide de deux bâtons.

Dans les commémoratifs, nous relevons le rhumatisme articulaire et déformant chez un ascendant maternel et un ascendant paternel.

Le traitement thermal par les bains, les douches générales l'enveloppement dans le maillot et le massage, l'eau minérale en boisson ont amélioré sensiblement l'état général et l'état local. Après une cure de 24 jours, l'enfant marche mieux, ses doigts enraidis et déformés ont recouvré quelques mouvements de flexion et d'extension. Les forces sont revenues en grande partie.

Quatre cures thermales successives ont assuré cet heureux résultat. L'enfant est devenu homme, il a même pu prendre le métier assez pénible de mineur qu'il exerce sans trop de difficultés. Il a continué à prendre les eaux thermales tous les deux ou trois ans : la déformation des doigts et des orteils a persisté, à un certain degré. Il s'est marié et a deux enfants dont un est manifestement scrofuleux et l'autre bien portant.

M. Gubian termine la relation des trois cas qu'il a transmis en ajoutant :

« Comme remarque, on notera que ces trois cas de rhumatisme noueux, compliqué chez le dernier (Obs. XIII) se sont montrés chez des enfants, gardiens de troupeaux et exposés à toutes les intempéries atmosphériques.

Comme conclusion : le rhumatisme noueux infantile est susceptible d'être amendé sinon complètement guéri par les eaux thermales chlorurées sodiques : le processus morbide subit un arrêt sous l'influence de la médication ; de meilleures conditions hygiéniques aidant, les troubles trophiques disparaissent en grande partie et les fonctions des petites articulations primitivement envahies sont assez bien rétablies pour permettre l'exercice de professions manuelles. »

Observation XXXI (M. VARIOT)

(Société médicale des Hopitaux. Séance du 8 juillet 1892

« *Semaine médicale* » du 13 juillet 1892.)

« M. Variot relate l'observation d'un homme de vingt-cinq ans, sans antécédents rhumatismaux qui, à l'âge de dix ans, eut une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Toutes les articulations furent prises à quatorze ans d'une nouvelle attaque de rhumatisme qui se généralisa successivement à toutes les articulations des membres et de la colonne vertébrale. A partir de 16 ans, ce malade ne put marcher qu'avec des béquilles à cause de la déformation et de l'ankylose de ses articulations coxo-fémorales.

Actuellement ce malade, qui est âgé de vingt-cinq ans, est tout à fait infirme, il ne peut plus marcher, ni se tenir assis.

La plupart des petites jointures des pieds sont ankylosées, les articulations tibio-tarsiennes sont encore le siège de quelques mouvements. L'atrophie des muscles de la jambe est extrême elle est prédominante au niveau des fléchisseurs.

Le genou droit est complètement ankylosé en demi flexion ; il en est de même du genou gauche ; à la cuisse, l'atrophie musculaire est aussi accentuée qu'à la jambe.

L'articulation de la hanche droite est complètement ankylosée en légère flexion sur le bassin. A gauche la tête fémorale est luxée en dehors et en haut dans la fosse iliaque.

La colonne dorsale et la colonne cervicale ont encore une certaine souplesse et une certaine mobilité.

Les mouvements de la mâchoire inférieure sont très diminués. Les mains sont grêles et difformes et le malade s'en sert comme de pinces en raison de l'ankylose des articulations carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes. Parmi les autres articulations phalangiennes, les unes sont ankylosées les autres présentent une mobilité anormale.

L'atrophie musculaire est très marquée au bras et à l'avant-bras ; les articulations du coude sont complètement soudées mais quelques mouvements sont conservés dans les épaules.

Le processus ankylosant, qui a atteint chez ce malade un

grand nombre de petites et de grandes articulations, ne s'accompagne que d'une tuméfaction modérée des extrémités osseuses. Les déformations et les attitudes vicieuses des segments des membres semblent plutôt se rapporter à la prédominance d'action de certains groupes musculaires moins atrophiés que les autres.

Ajoutons, pour terminer, que, depuis 3 mois environ, le malade présente des signes évidents de tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

I. — Le rhumatisme noueux n'est pas absolument rare dans la première et la seconde enfance.

II. — On peut y distinguer une forme principale *chronique d'emblée* et deux autres secondaires à début aigu ou subaigu.

III. — La durée de la maladie est plus courte, en général, chez l'enfant que chez l'adulte ou le vieillard.

IV. — C'est dans l'hérédité et dans les conditions hygiéniques qu'il faut rechercher les causes du rhumatisme noueux de l'enfant.

V. — La guérison, sinon la tendance prononcée vers elle, est la règle.

VI. — L'hygiène et l'électrothérapie sont deux des meilleurs moyens de traitement de cette affection.

Nancy, le 19 juillet 1892,

Le Président,
SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 19 juillet 1892,

Le Recteur,
E. MOURIN.

